

Tilburg University

De betekenis van bezuinigingen in de gezondheidszorg in het kader van de 1%-norm van Gemert, H.G.; Werner, F.J.M.

Published in:
ESB

Publication date:
1976

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
van Gemert, H. G., & Werner, F. J. M. (1976). De betekenis van bezuinigingen in de gezondheidszorg in het kader van de 1%-norm. *ESB*, 61(3052), 452-454.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

De betekenis van bezuinigingen in de gezondheidszorg in het kader van de 1%-norm

DRS. H. G. VAN GEMERT
DRS. F. J. M. WERNER*

Sedert het verschijnen van de Miljoenennota 1976 is een stroom van publikaties verschenen over de betekenis van de z.g. 1%-norm voor de inkomens, de werkgelegenheid, de inflatie, de economische groei, de internationale concurrentiepositie, kortom voor de algemeen economische ontwikkeling van ons land. De 1%-norm wordt door de regering gebruikt als richtlijn voor de uitgavengroei in de collectieve sector, waarin zowel de overheidsuitgaven als de sociale verzekeringen zijn begrepen. Terwijl er in den lande nog verschil van mening bestaat over de wenselijkheid om tot een beperking van de collectieve uitgavengroei te komen, houdt men zich in politieke kringen al bezig met de vraag langs welke weg deze afremming gerealiseerd kan worden en welke voorzieningen in eerste instantie in aanmerking komen. In dit proces van politieke prioriteitenbepaling kan niet worden voorbijgegaan aan het verschil in karakter van de diverse collectieve voorzieningen, waardoor het effect van de besparingen op de doelstelling van de 1%-norm zeer verschillend en er in sommige opzichten zelfs strijdig mee kan zijn. In dit artikel zal de betekenis van bezuinigingen in de gezondheidszorg voor de 1%-operatie nader worden bekeken. Hierbij zal sprake blijken te zijn van een zekere tweeslachtigheid.

Achtergrond 1%-norm

In de prognoses van het Centraal Planbureau, die aan de 1%-norm ten grondslag liggen, wordt ervan uitgegaan, dat het reëel nationaal inkomen tot 1980 met 3,75% per jaar zal groeien. Dit groeicijfer is aanmerkelijk lager dan men in de achter ons liggende jaren gewend was en op basis waarvan een stijging van de reële inkomens van de actieve beroepsbevolking kon worden gerealiseerd, terwijl toch voldoende ruimte overbleef om de sociale verzekeringsuitkeringen en de overheidsuitgaven meer dan evenredig met de welvaartsverbetering te laten toenemen. Tegen de achtergrond van de geringere economische groei zou een ongewijzigd beleid in de collectieve sector alleen realiseerbaar zijn, als de werkende bevolking bereid is een daling in het reëel vrij besteedbare inkomen voor een lange periode te accepteren. Indien deze bereidheid niet wordt gevonden, zal het spanningsveld tussen de drie bestedingscategorieën worden afgewenteld in een hoge inflatie, met alle sociaal-economische gevolgen van dien.

Met de 1%-norm tracht de regering te komen tot een beleidsombuiging in de collectieve bestedingen, waardoor de uitgavengroei wordt aangepast aan de gewijzigde economische mogelijkheden en een reële inkomensverbetering voor de lage-inkomensgroepen mogelijk blijft. Van het 1%-beleid wordt verwacht, dat de inflatie en loonkostenstijging worden afgeremd, de bedrijfsrendementen toenemen, de investeringen aantrekken en zo de werkgelegenheidssituatie verbetert. Op deze wijze wordt ernaar gestreefd om een verdere vertraging in de economische ontwikkeling te voorkomen.

Het verschil tussen de ziektekostenverzekeringen en de inkomensdervingsverzekeringen

De bezuinigingen, die de regering op grond van de hierboven in het kort weergegeven economische theorie noodzakelijk acht, moeten voor een groot deel worden gerealiseerd binnen de sociale voorzieningen. Hiertoe worden wat

de verzekeringen tegen ziektekosten betreft, de AWBZ, de Ziekenfondswet en de zogenaamde IZA- en IZR-regelingen gerekend. De verleiding is groot om bij de bezuinigingen alle sociale voorzieningen over één kam te scheren. Men gaat dan echter voorbij aan het verschil in karakter zoals dat tussen de diverse sociale voorzieningen bestaat, ten gevolge waarvan de uitwerking van de besparingen op het economisch proces anders kan zijn, al naar gelang de plaats waar deze besparingen worden gerealiseerd.

Van de overheidsuitgaven wordt gewoonlijk wel ingezien, dat zij een direct effect hebben op de werkgelegenheid, productie, investeringen enz. Zo is bijvoorbeeld het begrotingstekort of -overschot een instrument van macro-economische politiek. Ook bij het toekennen van subsidies aan de bedreigde bedrijfstakken wordt het effect op de sociaal-economische doeleinden nauwkeurig afgewogen. Andere voorbeelden zijn de spreiding van rijksdiensten, de wegenbouw en de overheidsconsumptie. Op basis van deze overwegingen behoeven de overheidsuitgaven slechts 1/3 van de benodigde besparingen, die voortvloeien uit het hanteren van de 1%-norm, op te brengen.

Echter, ook binnen de sociale voorzieningen kunnen de economische consequenties van de uitgaven zeer verschillend zijn, waarbij het met name de ziektekostenverzekeringen zijn, die zich onderscheiden.

Een fundamenteel verschilpunt van de ziektekostenverzekeringen met de overige sociale voorzieningen is gelegen in het feit, dat deze de financiering van een bedrijfssector regelen. Dit in tegenstelling tot de inkomensdervingsverzekeringen (ZW, WW, WAO, AAW), de inkomensherverdelingsverzekeringen (AOW, AWW, KWL, AKW) en de overige sociale voorzieningen (ABW, WWV), waarbij het principieel gaat om de inkomensvorming van de niet-actieven, die om enigerlei reden niet meer in hun eigen levensonderhoud kunnen voorzien dan wel om inkomensoverdrachten binnen de groep van actieven op grond van onder-

* De auteurs zijn als econoom werkzaam op het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

linge solidariteit. Bij deze verzekeringen gaat het meer om het vraagstuk van inkomensvorming, in tegenstelling tot de ziektekostenverzekeringen, waar het gaat om inkomensbesteding. Uiteraard zijn er binnen de sociale verzekeringen meer verschillen aanwijsbaar zoals bijvoorbeeld de verschillen in consumptiequote tussen de diverse bevolkingsgroepen, maar dit lijkt binnen de beschouwde problematiek kwantitatief van geen grote betekenis.

De ziektekostenverzekeringen, die de financiering van een belangrijke bedrijfssector regelen en daardoor bijdragen aan de werkgelegenheid, de investeringsactiviteiten, de toeleveringsbedrijven en de economische groei verschillen in de kern van de inkomensoverdrachten, die dit directe bestedingsaspect missen. Vanuit deze optiek zijn de ziektekostenverzekeringen meer te vergelijken met de overheidsuitgaven dan met de overige sociale voorzieningen. Dat bij de bezuinigingsoperatie alle sociale verzekeringen toch min of meer worden gelijkgesteld, is te wijten aan het feit, dat de financiering van de gezondheidszorg voor een groot gedeelte verloopt door middel van het heffen van premies. Deze premies zijn nu eenmaal loonkosten en dus van belang voor bedrijfsrendementen, concurrentiepositie enz. Dit is een gevolg van het stelsel van premieheffing in de AWBZ en Ziekenfondswet, dat met zich meebrengt, dat de verzekerden de premiebetaling niet meer als een inkomensbesteding ervaren.

Men mag echter niet de ogen sluiten voor het feit, dat de gezondheidszorg als zodanig een bedrijfssector is, waarin ca. 250.000 mensen werk vinden en waarin jaarlijks wordt geïnvesteerd. In dit opzicht wijkt de gezondheidszorg niet af van andere productiesectoren als de banken, de automobielenindustrie of de levensmiddelenindustrie, die bij de realisatie van de 1%-norm niet behoeven te worden afgeremd. Zoals bij bezuinigingen in de overheidsuitgaven sterk wordt gelet op werkgelegenheidseffecten, zoals al eerder vermeld, zou dit ook moeten gelden ten aanzien van de bezuinigingen in de gezondheidszorg.

Ten gevolge van het bestaande financieringssysteem, dat het karakter van de voorziening vertroebelt, treedt een zekere tweeslachtigheid op bij de beoordeling van het effect van besparingen in de gezondheidssector. De groei van de premies ZFW en AWBZ moet worden verlaagd in verband met de algemeen-economische situatie en de werkloosheid, terwijl de gezondheidszorg juist één van de weinige sectoren is, waarin nog volop werkgelegenheid is en een zeer bevredigende werkkring kan worden geboden!

Bezuinigingen op de gezondheidszorg of op de ziektekostenverzekeringen

De gesignaleerde tweeslachtigheid in het bezuinigingsbeleid ten aanzien van de volksgezondheid uit zich ook nog op een andere manier. Voor de realisatie van de 1%-norm is het namelijk niet zozeer van belang, dat de *gezondheidszorg* goedkoper wordt, maar meer dat de *ziektekostenverzekeringen*, voor zover zij tot de sociale verzekeringen (AWBZ, ZFW, IZA en IZR) behoren, goedkoper worden. De particuliere verzekeringen blijven zodoende bijvoorbeeld buiten schot. Kennelijk is er enige onzekerheid over het karakter van de gezondheidszorg, dat men noch geheel als een collectieve voorziening, noch als een particuliere bedrijfssector wil zien. Het lijkt alsof de achterliggende bedoeling van de 1%-norm minder belangrijk is dan de norm zelf. Immers, ook besparingen op de niet via de sociale verzekeringen gefinancierde gezondheidszorg creëren in de private sector ruimte voor nieuwe bestedingen, waardoor andere bedrijfssectoren worden gestimuleerd. In dit opzicht zou geen verschil tussen de bezuinigingen in de sociale of particuliere ziektekostenverzekeringen gemaakt mogen worden.

De hybride stellingname, dat besparingen in de gezondheidszorg slechts relevant zijn voor zover zij ten goede komen

aan de *sociale* ziektekostenverzekeringen, leidt er bovendien toe, dat maatregelen als het verkleinen van het verstrekkingspakket, het verhogen van eigen bijdragen en eigen risico als besparingen worden geboekt ongeacht het feit, dat er geen grotere bestedingsruimte voor de verzekerden als groep tegenover staat. Ervan uitgaande, dat alle premies ter dekking van het ziektekostenrisico inkomensbestedingen zijn, wordt meer macro-economische bestedingsruimte verkregen steeds wanneer, maar ook alleen dan, wanneer de gezondheidszorg als sector goedkoper wordt. Kortom, ten aanzien van de gezondheidszorg past meer een sectorbeleid dan een verzekeringsbeleid.

Van bezuinigingspolitiek naar sector-structuurpolitiek

In het bovenstaande is aangetoond, dat de verzekeringen tegen ziektekosten fundamenteel verschillen van de inkomensvormende verzekeringen, omdat zij dienen ter financiering van een stuk nationale produktie. Hierop aansluitend is aanbevolen om bij het verminderen van de uitgaven voor ziektekosten zich niet te richten op de verzekeringen, maar meer op de sector als zodanig. De gezondheidszorg maakt dan deel uit van de gehele economie, waarbij tussen de productiesectoren, binnen de financiële mogelijkheden, prioriteiten moeten worden gesteld.

Wellicht maken een aantal karakteristieken van de gezondheidszorg het — ook met het oog op de andere politieke doelstellingen dan de 1%-norm — juist minder aantrekkelijk om op deze sector te beknipten.

- Allereerst is de gezondheidszorg een arbeidsintensieve bedrijfstak met een loonquote van 70%. In tegenstelling tot vele industriële bedrijfstakken geeft de gezondheidszorg dus veel werkgelegenheid. Ook nieuwe investeringen zijn doorgaans arbeidsplaatsenscheppend.
- Deze in de gezondheidszorg geboden werkgelegenheid is kwalitatief hoog; de arbeidsmotivatie en arbeidsintensiteit kan zich meten met de arbeidsvervreemding in de industrie.
- De gezondheidszorg is milieu-vriendelijk.
- Er bestaan met name in de extramurale gezondheidszorg en de thuiszorg nog duidelijk latente behoeften.
- Het gezondheidszorgprodukt behoort tot de primaire levensbehoeften.

Daar waar het gaat om het aanwakkeren van de investeringsactiviteiten en het vergroten van de werkgelegenheid zou men net zo goed de gezondheidszorg kunnen nemen als welke andere productiesector dan ook. Uit de 1%-operatie vloeit echter voort, dat het accent komt te liggen op het bevorderen van de economische activiteiten in de industriële op winst gebaseerde bedrijfssectoren.

Dit alles neemt uiteraard niet weg, dat maatregelen nodig zijn om tot een betere beheersing van de gezondheidszorg te komen. Deze beheersing is echter niet zozeer nodig om via bezuinigingen de Nederlandse economie te redden, maar veel meer omdat door de keuze van de financieringsstructuur het marktmechanisme als reguleringsmiddel voor de allocatie van produktiemiddelen in de gezondheidszorg niet werkt. Vraag- en aanbodkrachten zijn buiten spel gezet en dienen dus vervangen te worden door een andere beheersstructuur, waarmee verspilling en overproduktie voorkomen kan worden. Het systeem, waarbij de band tussen consumeren en betalen via een groot verzekeringsapparaat is doorgesneden, maakt het afstemmen van het medisch mogelijke op het financieel haalbare tot een taak voor de overheid, waarbij de vraag hoeveel men wenst te besteden centraal staat. In deze betekenis krijgt het gezondheidszorgbeleid veel meer de aard van sector-structuurpolitiek dan van bezuinigingspolitiek sec. De omvang van de bedrijfstak dient beoordeeld te worden aan de hand van het totaal der sociaal-economische doelstellingen in plaats van louter in het licht der bezuinigingen op de sociale verzekeringen.



In een sector-structuurbeleid waarvan de *Structuurnota gezondheidszorg* als een begin kan worden gezien, kunnen volumina van de ingezette middelen en mankracht alsmede hun beloningsvoeten worden beheerst. Het beleid kan op zijn financiële consequenties worden getoetst en binnen de nationaal-politieke prioriteiten worden geplaatst. De eigen karakteristieken van de gezondheidszorg komen dan tevens meer tot hun recht.

H. G. van Gemert
F. J. M. Werner